

MEDICARE QUESTIONNAIRE FOR BENEFICIARIES WITH END-STAGE RENAL DISEASE

NAME JOHN Q. PUBLIC	DATE OF BIRTH 5/2/1963	MEDICARE NUMBER 123456789A
-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

INSTRUCTIONS: This information will be read by a computer. Please print as shown below. Stay within the boxes. Use CAPITAL letters. Mark boxes with an X. USE BLACK OR BLUE INK.

EXAMPLE

A	B	C			1	2	3		
---	---	---	--	--	---	---	---	--	--

SECTION A - INFORMATION ABOUT YOU

1) Are **YOU** receiving group health coverage through your current or previous employment?

YES ☐ NO ☒ (If NO, STOP, go to Section B)

Please print the name of the employer, and information about the employer group health plan in the spaces below:

EMPLOYER NAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADDRESS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CITY

STATE

ZIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAME OF GROUP HEALTH PLAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADDRESS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADDRESS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CITY

STATE

ZIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GROUP IDENTIFICATION NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

POLICY NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECTION B - MORE INFORMATION ABOUT YOU

1) Are **YOU** getting Black Lung (Coal Miner's) Medical Benefits?

YES ☐ NO ☒ If YES, Date Benefits Began:

M	M			D	D			Y	Y	Y	Y								

2) Are **YOU** now getting any medical services, related to an illness or injury which occurred on the job, for which **YOU** have or will file a workers' compensation claim?

YES ☐ NO ☒ If YES, Date of Illness or Injury:

M	M			D	D			Y	Y	Y	Y								

If YES, Insurer Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADDRESS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADDRESS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CITY

STATE

ZIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--